Aus dem Institut für gerichtliche und soziale Medizin
der Universität in Bonn.
(Direktor: Prof. Dr. Pietrusky)

Die Sturzgeburt in der gerichtlichen Medizin.

INAUGURAL-DISSERTATION

zur Erlangung

der

Doktorwürde

der

Hohen Medizinischen Fakultät

der

Rheinischen Friedrich Wilhelms-Universität zu Bonn.

Vorgelegt am 2. Nov. 1936

von

HELLMUTH LEHNHARDT

aus Duisburg

*

BONN 1937

Buchdruckerei Kubens Nachf., Inh.: H. Schnitzler, Maxstr, 75

Gedruckt mit Genehmigung
der med. Fakultät der Universität Bonn.
Referent: Reg. Med.-Rat Dozent Dr. Esser
Korreferent: Prof. Dr. Pietrusky

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

Unter Sturzgeburten im Sinne der gerichtlichen Medizin verſtehen wir alle jene Fälle, bei denen aus den verſchiedenſten Gründen eine Schwangere von der Geburt überraſcht wird, ſo daß das Kind, während ſie ſitzt, kniet oder ſteht aus ihren Genitalien herausſtürzt.

Entweder verläuft die Geburt in der gewöhnlichen Weiſe und nur die Austreibungsperiode geht ſo ſchnell vorüber, daß die Schwangere durch den Austritt des Kindes überraſcht wird, oder die ganze Geburt geht überſtürzt vor ſich. Für die überſtürzt verlaufende Geburt, den partus praecipitatus der Geburtshelfer, iſt die Definition, die v. W i n k e l anführt, die gebräuchlichſte. Er verſteht unter dem partus praecipitatus ſolche Geburten, „bei denen die Kreißenden in ungewöhnlicher Lage und Haltung außerhalb des Bettes von dem Austritt des Kindes überraſcht und daher während der erſten und zweiten Geburtsperiode garnicht oder nur deshalb, weil Kunſthilfe noch notwendig war, ausnahmsweiſe innerlich von einem Sachverſtändigen exploriert worden ſind". In neueren Veröffentlichungen iſt dieſer Begriff dahin erweitert worden, daß auch ſolche Geburten den praecipierten zugerechnet werden, die im Bett in ſo überſtürzter Weiſe erfolgen, daß keinerlei Hilfe von einer geburtshilflich geſchulten Perſon geleiſtet werden kann.

Bei den Sturzgeburten ſind die Fälle häufiger, in denen nicht die Dauer der ganzen Geburt eine ſo kurze war, ſondern nur die Austreibungsperiode ſchneller verlief, als jene, in denen die ganze Geburt ſo plötzlich verläuft, daß das Kind ohne deutlichen Vorboten aus den Geburtswegen fällt. Es ſind dies die Fälle, in denen die Kreißende wohl Anzeichen der beginnenden Geburt bemerkt, die aber von ihr falſch gedeutet werden, ſo daß ſie von der Austreibung des Kindes überraſcht wird. In anderen Fällen hat ſie wohl das Bewußtſein, daß die Geburt begonnen hat, nur der letzte Akt, die Austreibung des Kindes folgt überraſchend. Bei heimlich Gebärenden und ſolchen, die die Schwangerſchaft verborgen hielten, findet man, daß der richtige Zeitpunkt ſich zurückzuziehen verſäumt wird und die Schwangeren von der Ausſtoßung des Kindes überraſcht werden. Solche Fälle und beſonders die, in denen Kreißende in verbrecheriſcher Abſicht Sturzgeburten herbeiführen, ſind vornehmlich Gegenſtand der Unterſuchung in der gerichtlichen Medizin.

Die erſte größere Arbeit über Sturzgeburten ſtammt von Klein, der die „Württembergiſche Regierung“ im Jahre 1813 aufforderte, ſich Klarheit über Sturzgeburten zu verſchaffen. Bei allen Medizinalperſonen im ganzen Lande wurde angefragt, ob bei ihnen Fälle von Geburten im Stehen oder Sitzen vorgekommen ſeien. Auf dieſe Anfrage hin wurde über 183 Fälle erwieſener Sturzgeburt bei unverdächtigen Perſonen berichtet. 155 hatten ſtehend, 22 ſitzend und 6 knieend geboren. Cohen van Baren berichtet über 100, Schütz über 50 Fälle von heimlicher Geburt. Trotzdem leugnete Hohl noch in der Mitte des vorigen Jahrhunderts die Möglichkeit eines Niederkommens im Stehen. Nach unſeren gegenwärtigen Kenntniſſen kann kein Zweifel über das tatſächliche Vorkommen ſolchen abnormen Geburtsverlaufes beſtehen.

Die Wehentätigkeit kann bei Sturzgeburten ſehr verſchieden ſein. Entweder können die Wehen ſo ſtark ſein, daß das Kind aus den Geburtswegen herausgeſchleudert wird, oder ſie ſind von gewöhnlicher Stärke und das Kind fällt durch ſein Eigengewicht zu Boden, während die Kreißende ſitzt, kniet oder ſteht. Ferner können nach v. Winkel die Wehen vor dem Blaſenſprung im ganzen gering ſein, die Fruchtblaſe aber ſo tief herabgetreten ſein, ſo daß durch die Ausdehnung der vagina die gehende oder ſtehende Kreißende zum Mitpreſſen gezwungen wird, und dadurch das Kind beim Sprung der Blaſe mit dem Abgang des Fruchtwaſſers durch den vorbereiteten Weg unter kräftiger Anwendung der Bauchmuskulatur zu Boden ſtürzt. Bei einer anderen Gruppe werden die Wehen überhaupt nicht verſpürt oder nur ſo ſchwach, daß ſie für Vorwehen gehalten werden, oder, was beſonders bei Erſtgebärenden vorkommt, als Harn- oder Stuhldrang gedeutet.

Die Geburtsdauer kann eine normale ſein, braucht es aber nicht. So fand z. B. v. Winckel unter 260 Sturzgeburten 52,6% mit ungewöhnlich kurzem, 39,5% mit normalem und 7,9% mit ungewöhnlich langem Geburtsverlauf. Zu ähnlichen Ergebniſſen kommt Schwarzſchild. Für die ungewöhnlich raſche Geburtsdauer fand Koch 74,3%, Moſer 77,3% und Hellhake 60,6%. Für den ungewöhnlich kurzen Geburtsverlauf muß eine beſondere Nachgiebigkeit und geringe Empfindlichkeit, für den ungewöhnlich langen eine allmähliche Erweiterung des Geburtskanals ange-

nommen werden. Es iſt z. B. bekannt, daß bei gewiſſen rachitiſchen Becken die Geburtsdauer lange dauern kann, die Austreibung aber doch plötzlich infolge der Beckenausgangsweite eintreten kann, ſo daß eine Sturzgeburt entſteht.

Kommt eine Sturzgeburt in Frage, ſo ſind die Befunde an der Mutter, die am Kinde, die von der Mutter und eventuell von Zeugen angegebenen Umſtände des Falles zu erwägen, und letzten Endes iſt der Ort der Geburt zu berückſichtigen.

Faſt regelmäßig behaupten die Frauen, die wegen Kindestötung angeklagt ſind, ſie hätten die Geburt verkannt, es wäre ihnen nicht bewußt geworden, daß ſie entbinden, oder ſie hätten Stuhl- oder Harndrang gefühlt und deshalb einen Abort aufgeſucht. Wiederholt begegnet man ſolchen Behauptungen bei Frauen, die ihre Schwangerſchaft verheimlicht oder wenigſtens in Abrede geſtellt haben. Früher ſtand im preußiſchen Strafgeſetz eine Beſtimmung, daß jenſeits der 30. Woche die Angabe des Verkennens der Schwangerſchaft keine Geltung haben ſolle. Oft hört man von den des Kindesmordes Angeklagten, ſie hätten die Schwangerſchaft nicht erkannt, oder deshalb nicht daran geglaubt, weil ſich die Menſtruation noch gezeigt habe. W a l d berichtet über einen Fall, der ein ſeit Jahren leidendes Mädchen betraf, in dem ärztlicherſeits die Gravidität für Ascites gehalten und die Wehen als Koliken gedeutet wurden. Das Mädchen wurde ſchließlich ſtehend von der Geburt überraſcht. G e r i n g macht folgende Mitteilung: Eine Proſtituierte gebar unerwartet über einen Nachttopf ſitzend. Bemerkenswert iſt dabei, daß ſie wöchentlich zweimal von einem Arzt unterſucht wurde, ohne daß er die Schwangerſchaft erkannte.

Ein Verkennen der Schwangerſchaft iſt alſo wohl möglich und bewieſen, ganz abgeſehen von jenen, wo der Coitus an Bewußtloſen, Geiſtesſchwachen und Geiſteskranken vollzogen wurde, oder bei ſehr jugendlichen Mädchen, zumal wenn die Menſtruation ſchon vorher unregelmäßig war.

Es iſt begreiflich, wenn Erſtgebärende angeben, ſie ſeien von der Geburt überraſcht worden, weil ſie die Schmerzen nicht als Wehen erkannt haben. Der Druck des Kindeskopfes auf Blaſe und Darm bewirkt Harn- und Stuhldrang. So iſt es verſtändlich, beſonders aber wenn ſie noch heimlich entbinden wollten, ja ſogar bei Mehrgebärenden, daß ſie zum Stuhldrang den Abort aufſuchen.

Witthauer teilt folgendes mit: Er wurde zu einer Schwangeren gerufen, weil die Geburt zu beginnen ſcheine. Er fand ſie auf dem Nachtſtuhl. Sie erzählte ihm, ſie habe eine große Portion Bruſtpulver genommen, welches ſtarken Erfolg gehabt habe; ſie habe die Empfindung, als ginge die Geburt vor ſich. W. ließ die Frau ins Bett bringen und fand eine abgeriſſene Nabelſchnur. Das Kind fand er im Nachtſtuhl ertrunken vor. Die Mutter hatte nur das Gefühl einer reichlichen Entleerung gehabt.

Wir hatten folgenden Fall zu begutachten:

Die des Kindesmordes Angeklagte gibt an: Sie habe plötzlich in der Nacht Leibſchmerzen bekommen und ging auf den Eimer, um ihre Notdurft zu verrichten, wo ſie nach kurzer Zeit etwas plumpſen gehört haben will. Daß dieſes Plumpſen in den Eimer ein von ihr geborenes Kind geweſen ſein ſoll, will ſie nicht gewußt haben. Als ſie aufſtehen wollte, blieb ſie an etwas hängen. Um ſich davon zu befreien, rutſchte ſie mit dem Eimer an das Küchenbüfett heran und ergriff eine Nagelſchere die dort lag. Sie ſchnitt etwas ſchnurähnliches ab und ging zu Bett. Im Eimer ſoll ſich vor der Geburt in einer Höhe von etwa 10 cm Waſſer befunden haben. Das Kind ließ ſie im Eimer, wo es ungefähr eine halbe Stunde ſpäter gefunden wurde. Der hinzugezogene Arzt ſtellte den Tod des Neugeborenen feſt.

Die 48 cm lange Leiche wiegt 2500 g. Das Ende des 32 cm langen Nabelſchnurreſtes iſt ziemlich glatt. Lungen und Magen ſchwimmen im Waſſer; ebenſo etwa 50 cm vom Dünndarm. Schädelknochen, Gehirn, Sichel und Zelt ſind unverletzt. Die mikroſkopiſche Unterſuchung der Lungen ergibt mit Sicherheit, daß Fruchtwaſſer bis in die Lungenbläschen gedrungen iſt.

Nach alledem iſt anzunehmen, daß der Tod des Kindes nach Sturzgeburt durch Ertrinken im Eimer herbeigeführt worden iſt.

Erſtgebärenden, denen jede Erfahrung fehlt, wird eine Verkennung der Geburt eher als Mehrgebärenden zuzugeben ſein; wenn auch ein ſolches Verkennen ein überaus ſeltenes Ereignis iſt, ſo iſt es ſelbſt bei Pluriparae nicht unmöglich.

Die Angaben über die Häufigkeit der Sturzgeburten in bezug auf die Geſamtzahl der Geburten ſchwanken zwiſchen 0,58% und 2,8%. So hat nach den Statiſtiken Bayer 0,58%, Bidder und

Sutugin 1,0%, v. Winckel 1,7%, Schwarzſchild 2,27%, und Henning 2,8%.

Was die Mutter anbetrifft, ſo ſind es Erſt- und Mehrgebärende, bei denen die Sturzgeburt erfolgt.

v. Winckel gibt mehr- und vielfache Geburt als ein begünſtigendes Moment für die Sturzgeburt an und zwar wegen der überhaupt kürzeren Geburtsdauer Mehrgebärender und der größeren Nachgiebigkeit der mütterlichen Weichteile. Er fand unter den Sturzgeburten 28,7% Erſtgebärende, Koch 29,7%, Moſer 36,4%. Faſt übereinſtimmend ſind die Ergebniſſe aller Autoren, und die Schwankungen bleiben in engen Grenzen. Wenn man die mechaniſchen Verhältniſſe berückſichtigt, iſt es auch verſtändlich, daß Pluriparae mehr beteiligt ſind. Hierzu kommt noch nach Winckel, daß Mehrgebärende meiſt ſo lange als möglich mit der Aufnahme in die Klinik warten, um ihren Haushalt beſorgen zu können. Andere hingegen, wie Hofmann und Fritſch geben an, daß Erſtgebärende häufiger als Mehrgebärende von Sturzgeburten getroffen werden. Allerdings handelt es ſich in gerichtlichen Fällen meiſt um Erſtgebärende. Daß die Gerichtsärzte lehren, Fälle von Sturzgeburten beträfen meiſt Erſtgebärende, hat ſeinen Grund darin, daß es ſich in gerichtlichen Fällen vielfach um 1-parae, dazu meiſt noch außerehelich Gebärende, handelt. Unter dieſen unehelich geſchwängerten befinden ſich jedenfalls mehr ſolche, die heimlich niederkommen wollen, die mit den Geburtsvorgängen wenig vertraut ſind, die die Wehen als ſolche nicht erkennen und in ihrer Unerfahrenheit zu ſpät Hilfe ſuchen. Vielfach arbeiten ſie ſo lange, bis ſie an dem Ort, wo ſie ſich gerade befinden, von der Sturzgeburt überraſcht werden.

Hauptſächlich führt das Verkennen der Preßwehen zu Sturzgeburten. Selbſt Zweit- und Mehrgebärende verkennen oft dieſe Wehen und ſuchen arglos den Abort auf. Oft ſind ſie der Meinung, die Entbindung werde diesmal genau ſo lange dauern wie die erſte und erfahren erſt nachträglich von der erfolgten Geburt. Es gibt in der Literatur eine große Zahl ganz unverdächtiger Fälle.

In einer Mitteilung von Kunze handelt es ſich um eine 2. para. Obwohl ſie tagsüber Schmerzen verſpürte, arbeitete ſie. Am Abend traten in der Küche wiederum ſtarke Schmerzen auf und unter Abgang von Fruchtwaſſer fiel ein Gegenſtand aus ihren Genitalien heraus.

In einer Beobachtung von Corin gebar eine 3.-para in einen Leibſtuhl hinein, nach einer unmittelbaren Unterſuchung durch Corin. Ähnliche Sturzgeburten ſahen Herzog und Laugier. Fälle dieſer Art können beliebig vermehrt werden.

Wenn ſchon Pluripare die Wehen verkennen, ſo iſt es verſtändlich, daß beſonders Erſtgebärende die ihnen unbekannten Wehen mit Stuhl- und Harndrang verwechſeln und deshalb einen Abort aufſuchen. Daraus erklärt es ſich wohl zum Teil, daß bei heimlich Gebärenden, die, wie erwähnt, meiſt 1-p. ſind, die Geburten ſo häufig im Abort, oder auf dem Wege zu ihm, erfolgen. Allerdings iſt damit nicht geſagt, daß nicht manche Gebärende in voller Kenntnis der Sachlage abſichtlich den Abort als Ort der Niederkunft aufſucht, einfach deshalb, weil ſie dort verborgen bleiben kann und eine Überraſchung nicht zu fürchten hat. Es wird kaum möglich ſein, dieſe Abſicht im konkreten Fall aus ärztlichen Erwägungen nachzuweiſen.

Die Hausangeſtellte F. P. hat ein Mädchen heimlich geboren und das Kind in den Waſſerkaſten des Kloſetts verſteckt. Sie hatte am fraglichen Tage morgens Leibſchmerzen, die nicht erheblich waren. Daß es ſich um Wehen handelte, wußte ſie angeblich nicht. Sie nahm an, ſie müßte auf ein Kloſett gehen. Das tat ſie und hatte dort auch Stuhlgang. Als ſie aufſtand fiel das Kind heraus und auf die Erde. Die Nabelſchnur, die noch daran war, durchſchnitt ſie mit einer Schere. Weil ſich das Kind nicht rührte, glaubte ſie, es wäre tot. In ihrer Angſt ſteckte ſie es in den Waſſerkaſten.

Die Leiche des 3080 g ſchweren Kindes iſt 50 cm lang. Von der Nabelſchnur iſt ein 20 cm langes Stück vorhanden, deſſen freies Ende unregelmäßig, wie geriſſen ausſieht. Lungen und Magen ſchwimmen im Waſſer. Die Obduktion und mikroſkopiſche Unterſuchung ergeben, daß das Kind geatmet und gelebt hat und durch Ertrinken zu Tode gekommen iſt.

Nachweiſen kann man der Beſchuldigten nicht, daß ſie abſichtlich den Abort aufſuchte, um dort zu gebären. Wohl aber ſagt ſie bei einer ſpäteren gerichtlichen Vernehmung, ſie wußte, als ſie auf das Kloſett ging, daß das Kind nun kommen ſollte.

Daß andererſeits Abortgeburten häufig ohne böſe Abſicht der Mutter geſchehen, iſt wohl anzunehmen. Dadurch, daß die Schwan-

geren in der Meinung Stuhlgang zu haben den Abort aufſuchen, droht den Kindern die Gefahr, in das Kloſett hineingeboren zu werden und in der Spülflüſſigkeit oder in den Fäkalien zu ertrinken. Derartige Fälle werden von Zeit zu Zeit beſchrieben und geben dem Gerichtsarzt die Veranlaſſung, die Frage zu klären, ob es ſich um Kindesmord oder fahrläſſige Tötung handelt.

Die Kindesmutter G. ſagt aus, ſie ſei beim Einkaufen ſchwindlig geworden. Nachts empfand ſie im Unterleib einen ſchneidenden Schmerz. Es waren aber keine Wehen. Sie dachte, ſie müſſe ein Bedürfnis verrichten, wollte aber nachts nicht auf das Kloſett gehen, ſondern dies auf dem Eimer tun. Nach ihrer Rechunng konnte das Kind erſt 1—2 Monate ſpäter kommen. Als der Schmerz immer ſchlimmer wurde, hat ſie ihrem Ehemann davon Mitteilung gemacht, der ſich anzog, um auf alle Fälle eine Hebamme zu rufen. Nachdem ihr Mann das Zimmer verlaſſen hatte, ſetzte ſie ſich auf den leeren Eimer. Kurz darauf, nachdem etwas Kot abgegangen war, gingen Kind und Nachgeburt ſofort ab und fielen in den Eimer. Den Abgang des Fruchtwaſſers hat ſie nicht gemerkt, auch hat ſie keine Lebenszeichen an dem Kinde wahrgenommen. Wie ſie in ihr Bett gekommen iſt, und wie die Nabelſchnur geriſſen iſt, vermag ſie nicht zu ſagen. Sie fühlte ſich zu elend, um ſich um das Kind zu kümmern.

Sie hat ſtets ſehr leichte Entbindungen gehabt. Ihr zweites Kind war auch ſchon geboren, bevor die Hebamme kam.

Die Hebamme bekundet folgendes: ſie ſei ſofort zu der Frau gegangen. Das Kind lag im Eimer. Hier fand ſich auch Kot, Fruchtwaſſer und die Nachgeburt. Der Kopf des Kindes war nach unten in den Eimer gefallen. Wiederbelebungsverſuche waren erfolglos.

Auf Grund der Obduktion und der mikroſkopiſchen Unterſuchungen von Lungen und Magen, läßt ſich ein Leben des Kindes nicht feſtſtellen. Damit iſt aber nicht geſagt, daß das Kind mit Sicherheit tot geboren iſt. Wenn es, wie im vorliegenden Falle mit dem Geſicht in Fäkalien oder auch auf den ſofort mit ausgeſtoßenen Mutterkuchen fällt, ſo kann ein Atmen, daß ſich vielleicht auch erſt kurze Zeit nach der Geburt einſtellt, nicht gelingen.

Die Möglichkeit, vielleicht auch die Wahrſcheinlichkeit iſt groß, daß durch geeignete ſofortige Maßnahmen das Kind hätte

zum Atmen gebracht werden können. Als die Hebamme ſolche Wiederbelebungsverſuchte anſtellte, war es natürlich zu ſpät.

Auffallend iſt jedoch, daß eine Frau, die ſchon zwei Kinder geboren hat, ſich über die Schmerzen vor der Geburt nicht klar war, und ſie, deren erſte Geburten ſehr ſchnell verliefen, ſich auf den Eimer begab und glaubte ein Bedürfnis zu verrichten.

Hier waren wieder die beiden Momente zuſammen, die häufig von den des Kindesmordes Angeklagten als Entſchuldigung angeführt werden: Verkennung des Stuhldranges und damit Sturzgeburt und ſpäter Erſchöpfung.

Im allgemeinen ſoll man einer geiſtig geſunden Frau die Kenntnis von den Folgen eines Coitus zutrauen. Mindeſtens kann man jedoch verlangen, daß ſie ſich um das geborene Kind bekümmert.

Trotz aller Unkenntnis iſt die Mutter doch wegen Fahrläſſigkeit zur Verantwortung gezogen worden.

In der Berliner Charité ereignete es ſich, daß eine Kreißende des nachts aus dem Bette ſprang, ſich auf einen in der Ecke ſtehenden Eimer ſetzte und das Kind unter heftigem Preſſen in das gefüllte Gefäß gebar. Es gelang das Kind zu retten.

W e ſt p h a l beſchreibt eine Entbindung auf und aus einem Water-Kloſett, bei einer Geiſteskranken, die mit einem im Becken des Kloſetts ſichtbaren Kinde durch die Nabelſchnur verbunden war.

B r o u a r d e l iſt der Anſicht, daß bei gewöhnlicher Stellung eine unabſichtliche Abortgeburt nicht zutrifft, weil das Kind gegen die Brille geboren wird und wahrſcheinlich zu Boden fallen wird. Nach S t u m p f iſt dieſe Anſicht irrig, weil bei den für Stuhlgang gehaltenen Wehen der Körper unwillkürlich nach vorn gebeugt wird, und das Kind daher doch in das Kloſett geboren wird. Überdies beweiſen einwandfreie Fälle ganz eindeutig, daß Abortgeburten vorkommen.

R a y n e r und S t u a r t berichten über eine Kloſettgeburt, bei der der Kopf des Kindes durch die Kloſettöffnung durchgetreten war und die Mutter offenbar unmittelbar im Anſchluß an die Geburt an Schock ſtarb. Bei der Mutter fanden ſich Weichteilverletzungen. Von Wichtigkeit iſt außer dem Tod der Mutter im Anſchluß an die Sturzgeburt, daß der Kopf nur ſchwer aus der Ab-

ortöffnung entfernt werden konnte, ſodaß, wenn die Mutter nicht geſtorben wäre, die Annahme naheliegend geweſen wäre, daß das Kind mit Gewalt hindurchgetrieben worden ſei.

Kornfeld berichtet über eine Abortgeburt, bei welcher das Kind entweder durch Aspiration von Fäkalien erſtickte oder durch die Kälte zugrunde gegangen war.

Schnitzer beſchreibt eine Sturzgeburt im Akte vermeinter Stuhlentleerung.

Sporleder teilt einen Fall mit, in der die Patientin auf dem Wege zur Klinik war. Unterwegs ſei ſie auf einen Abort gegangen um zu urinieren und ſei dabei plötzlich durch Sturzgeburt entbunden worden. Das Kind ſei in den Koſettrichter gefallen.

Es ſei an dieſer Stelle noch der vollſtändigen Schmerzloſigkeit der Geburt, des partus insensibilis, erwähnt, die ebenfalls zu Sturzgeburten führen kann. Sie iſt bei geſunden Frauen überaus ſelten. Sie beſteht nach Fritſch darin, daß bei einer Mehrgebärenden, die 6—8 Wochen nach der Geburt konzipiert, bevor vielleicht die Menſtruation wieder vorhanden war, die nächſte Geburt auffallend leicht verläuft. Oft wiederholt ſich der partus insensibilis bei ein und derſelben Frau. So berichtet Irving über ſechs völlig ſchmerzlos verlaufende Geburten bei einer Frau, deren Schweſter ebenfalls ſchmerzlos entbunden haben ſoll. Ebenfalls beobachtete B. Wolf einen Fall von abſoluter Schmerzloſigkeit der Wehen bei einer ſonſt geſunden Frau. Die Tätigkeit der Bauchpreſſe fehlte dabei vollſtändig. So entſtehen bisweilen Sturzgeburten in den Abort hinein, ohne daß ſich die Mutter des Vorganges rechtzeitig bewußt wird. Daß unter pathologiſchen Verhältniſſen ein partus insensibilis eintreten kann, iſt bekannt. Es handelt ſich um Frauen, die an Tabes dorsalis leiden, bei denen die ſchmerzleitenden Bahnen im Rückenmark zerſtört ſind. Solche Fälle haben Cohn, Mirabeau und Placzek mitgeteilt.

Über die Möglichkeit einer Ohnmacht bei einer Sturzgeburt iſt viel geſtritten worden. Vielfach wird von den Müttern der Einwand erhoben, ſie ſeien während oder nach Beendigung der Geburt von einer Ohnmacht überraſcht worden. Straßmann hat mehrfach betont, daß der Skeptizismus ärztlicher Sachverſtändiger gegenüber den Angaben der Mütter bzgl. Sturzgeburt und Ohnmacht

nicht berechtigt erſcheine. Zugegeben und betont wird die Ohnmacht von Dörfler, Bayer, Schwarzſchild und beſonders von Freyer. Freyer führt in ſeiner Arbeit drei unantaſtbare Beiſpiele einer Ohnmacht während der Geburt an. In 5 Fällen waren die Angeklagten während des Gebäraktes von Zeugen im Zuſtand einer Ohnmacht angetroffen worden.

Haberda konnte von 11 Müttern, die eine Ohnmacht behaupteten, einen Fall ſicherſtellen.

Kornfeld berichtet über einen Kindesſturz in einen Eimer, bei dem die Gebärende in Ohnmacht fiel.

Defranceſchi über eine Sturzgeburt im Freien, mit anſchließender Ohnmacht.

Schwabe über ein Sturzgeburt auf dem Abort, den die Schwangere zum Stuhlgang aufſuchte. Sie wurde ohnmächtig.

Aufrechte Körperhaltung, großer Schmerz, heftige Gemütbewegung, plötzliche Entleerung der Gebärmutter und ſtarke Blutung begünſtigen nach Straßmann und Freyer das Eintreten einer Ohnmacht. Wenn auch eine Ohnmacht nach Sturzgeburt im allgemeinen äußerſt ſelten iſt, ſo kann man doch nicht eine ſolche Angabe einer Angeklagten ohne weiteres als Lüge bezeichnen. Vielmehr wird man nachzuforſchen haben, ob das eine oder das andere begünſtigende Moment vorlag, und ob das ganze Verhalten der Angeklagten vor, während und nach der Geburt die Ohnmacht wahrſcheinlich erſcheinen läßt. Jedenfalls iſt die Sturzgeburt ein Moment, das Ohnmacht bewirken kann.

In gerichtlichen Fällen ſtoßen wir oft auf die Angaben heimlich Entbundener, ſie hätten ſich nach der Geburt in einem Zuſtand derartiger körperlicher Schwäche oder ſeeliſcher Verwirrung befunden, daß ſie ſich nicht um ihr Kind hätten kümmern können. Auch hier muß die Möglichkeit zugegeben werden, daß die gleichen Momente, welche eine Ohnmacht bewirken, Erſchöpfung und Schwäche herbeiführen können.

In einem Garten wurde die Leiche eines neugeborenen Kindes gefunden, das in einen Schuhkarton eingepackt war. Als Kindesmutter wurde die Haushälterin F. B. ermittelt. Sie hatte ſich gegen 21 Uhr zu Bett begeben und wurde nach etwa einer Stunde durch heftige Schmerzen wieder wach. Durch Hockſtellung hatte ſie etwas Erleichterung der Schmerzen und iſt deshalb auf einem Toiletten-

eimer ſitzen geblieben. Hier hat ſie dann geboren und das Kind iſt dabei in den Eimer, auf dem ſie ſaß, gefallen. Sie muß dann bewußtlos geworden ſein. Als ſie wieder zu ſich kam, ſaß ſie immer noch auf dem Eimer mit dem Kopf auf den Bettrand geſtützt. Ob das Kind gelebt hat, kann ſie nicht ſagen, denn ſie hat es weder wimmern noch ſchreien gehört. Sie hat ſich dann völlig ermattet ins Bett gelegt und ſich nicht weiter um das Kind gekümmert. Zwei Tage lang ließ ſie es im Eimer liegen, dann packte ſie es in einen Schuhkarton und warf es über einen Zaun in ein Gartengrundſtück. Eine Tötung beſtreitet ſie und gibt nur zu, daß ſie ſich nach der Geburt um das Kind nicht gekümmert habe, weil ſie infolge der Geburt benommen und bewußtlos war.

Am Nabel der Leiche des 48 cm langen und 2200 g ſchweren Kindes befindet ſich eine 60 cm lange Nabelſchnur, an der noch die Nachgeburt hängt. Es ſind ſtarke Verweſungszeichen vorhanden. Eine reichliche Menge Maden bedecken den ganzen Körper. Der Schädelumfang mißt 30,5 cm. Die Schädeldurchmeſſer betragen 8:10:12 cm. Die Schulterbreite mißt 8,5 cm, die Hüftbreite beträgt 6 cm.

Der Magen iſt durch eine große Gasblaſe ausgedehnt. Die Darmſchlingen ſind zuſammengeſunken und enthalten keine ſichtbare Gasfüllung. Sie ſinken im Waſſer unter. Beide Lungen ſchwimmen im Waſſer.

Unter der Knochenhaut des rechten Scheitelbeins findet ſich im vorderen Drittel 2 cm von der Pfeilnaht entfernt, eine pfennigſtückgroße Blutung. Bei ihrer Entfernung tritt darunter ein zackiger 1 cm langer Knochenſprung hervor, der etwa 1½ cm ſeitlich vom Rande des Scheitelbeins beginnt und annähernd parallel der rechten Kranznahthälfte verläuft.

Wie durch die Leichenöffnung feſtgeſtellt wurde, handelt es ſich um ein annähernd reifes und lebensfähiges Neugeborenes. Es waren Zeichen von Atmung vorhanden. Die ganze Beurteilung war durch die weit fortgeſchrittene Leichenzerſetzung und vor allem durch umfangreichen Madenfraß erſchwert. Das Hauptgewicht fiel daher der mikroſkopiſchen Unterſuchung zu. Bei dieſer Unterſuchung fand ſich nun in den verſchiedenen Lungenteilen eine außerordentlich reiche Anſammlung von Fruchtwaſſerbeſtandteilen, wodurch ein Erſtickungstod des Kindes klargeſtellt war. Es erhebt ſich die Frage, wie dieſe Todesurſache in ihrem Entſtehungsmechanismus

zu erklären iſt. Einmal können Fruchtwaſſerbeſtandteile, wie ſie in dieſem Falle gefunden wurden, beim Durchtritt des kindlichen Kopfes durch die mütterlichen Geburtswege im Verlauf des Geburtsvorganges in Rachen und Luftröhre hineingelangen und dann mit den erſten kindlichen Atemzügen in die Lungen eingeatmet werden. Ferner können Fruchtwaſſerbeſtandteile auch nach Beendigung des eigentlichen Geburtsvorganges in die kindlichen Luftwege gelangen, wenn die Geburt in ein Gefäß (Eimer, Nachtgeſchirr) hinein erfolgte, woſelbſt ſich das während des Geburtsverlaufes abgefloſſene Fruchtwaſſer angeſammelt hat. Kommt das Kind mit dem Geſicht in dieſe Maſſen zu liegen, ſo wird je nach der Höhe des Flüſſigkeitsſpiegels mehr oder weniger davon eingeatmet und eine Erſtickung iſt dann auch gegeben. Charakteriſtiſche Fremdbeſtandteile wie Pflanzen- oder Muskelfaſern und Wurmeier wurden weder in den Lungen noch im Magen oder Darm gefunden. Vergleicht man das Unterſuchungsergebnis mit den Angaben der Kindesmutter, ſo iſt folgendes zu ſagen: Wenn man ihre Behauptung, daß ſie bei der Geburt des Kindes über dem Eimer von einem Schwächezuſtand befallen wurde, als richtig unterſtellt, ſo könnte in dieſer Zeit, wo ſie ſich nicht um das Kind kümmern konnte, deſſen Tod durch Erſtickung in dem Fruchtwaſſerinhalt des Eimers erfolgt ſein. Ob die Aufnahme der Erſtickungsmaſſen bereits beim Durchtreten des Kindes durch den Geburtskanal oder erſt außerhalb erfolgte, läßt ſich in Anbetracht der Fäulnis und des Madenfraßes nicht ſicher entſcheiden. Die Verletzung des rechten Scheitelbeins kann beim Geburtsverlauf in den Gebärwegen geſchehen ſein. Es kommt hierbei bisweilen zu Verſchiebungen der Schädelknochen, wobei Knochenſprünge auftreten können. Zum anderen kann man bei dieſer Verletzung an die Folgen einer Sturzgeburt in den Eimer oder auf deſſen Rand denken, was aber weniger wahrſcheinlich erſcheint.

Was die pſychiſche Verfaſſung der Gebärenden anbelangt, ſo ſagt Dörfler darüber folgendes: Der Geiſteszuſtand Gebärender iſt phyſiologiſch aufs ungünſtigſte beeinflußt durch die vorausgehenden Veränderungen der Pſyche in der Schwangerſchaft. Die Gemütsaufregungen zu Anfang der Geburt, das Gefühl der Hilfloſigkeit, die Steigerung des Blutdruckes im Gehirn während der Austreibungsperiode, die Ohnmachtsanwandlungen zu Ende der Geburt, alle dieſe Momente können einen ſchädlichen Einfluß auf den Gei-

ſteszuſtand ausüben. Der Geiſteszuſtand der Gebärenden ſtellt deshalb zu jeder Zeit einen mehr oder weniger hochgradigen Erregungszuſtand des Gehirns mit ſeiner pſychiſchen Tätigkeit dar. Die Zurechnungsfähigkeit iſt jedoch meiſt erhalten, doch ſind die geringſten Begünſtigungsmomente, wie neuropathiſche Belaſtung, abnorm ſchmerzhafte Wehen, abnorme Widerſtände, heimliche Geburt, vorausgegangene Gemütsdepreſſionen beſonders bei unehelich Gebärenden imſtande, das Gleichgewicht des Geiſteszuſtandes zu ſtören.

Eine Anzahl dieſer Momente ſind gerade bei Sturzgeburten vorhanden. Immerhin ſtimmen alle Autoren darüber überein, daß ſolche Fälle ungemein ſelten ſind.

Iſt die Mutter ſich bewußt, daß durch Unterlaſſung des von ihr für den Fortbeſtand des Lebens als notwendig erkannten Beiſtandes der Tod des Kindes eintritt und unterläßt ſie trotzdem dieſen Beiſtand, ſo macht ſie ſich des Verbrechens der vorſätzlichen Tötung des neugeborenen Kindes ſchuldig. Der § 217 des Strafgeſetzbuches lautet: „Eine Mutter, welche ihr uneheliches Kind in oder gleich nach der Geburt vorſätzlich tötet, wird mit Zuchthaus nicht unter 3 Jahren beſtraft. Sind mildernde Umſtände vorhanden, ſo tritt Gefängnisſtrafe nicht unter 2 Jahren ein."

Die Geſetzgebung behandelt alſo den Kindesmord durch unehelich Gebärende beſonders milde. Dieſe Milde entſpringt der Anerkennung der geminderten Zurechnungsfähigkeit der Angeklagten.

In der Wohnung der F. K. wird die Leiche eines Kindes weiblichen Geſchlechts in Papier eingewickelt und verſchnürt gefunden.

Die Frau erklärte, daß ſie das Gefühl hatte, kurz vor ihrer Niederkunft zu ſtehen. Sie beabſichtigte ins Krankenhaus zu gehen und ſich vordem umzuziehen. Hier aber erfolgte die Geburt. Sie ſetzte ſich auf den Eimer, in dem ſich etwas Waſſer befand und blieb ſo lange ſitzen, bis die Nachgeburt abgegangen war. Das kann ungefähr eine halbe Stunde gedauert haben. Sodann legte ſie ſich in etwas erſchöpftem Zuſtand ins Bett und dachte nicht weiter darüber nach, nach dem Kinde zu ſehen. Nachdem ſie ſich etwas erholt hatte, ſtand ſie auf, trennte die Nachgeburt mittels einer Schere und wickelte das ihrer Meinung nach tote Kind in ein Tuch ein.

Die weibliche Kindesleiche wiegt 2500 g und iſt 48 cm lang. Der Nabelſchnurreſt ſieht am Ende wie ſcharf abgeſchnitten aus,

und ist 4 cm lang. Die Lungen erscheinen stark gebläht. In Wasser gebracht schwimmen sie an der Oberfläche, ebenso die einzelnen Lappen und kleine abgeschnittene Teile. Der Magen und der Zwölffingerdarm sind prall mit Luft gefüllt. Beide Organe schwimmen im Wasser an der Oberfläche.

Der bei der Obduktion erhobene Befund in Verbindung mit dem Ergebnis der mikroskopischen Untersuchung läßt mit Sicherheit annehmen, daß das Kind geatmet und gelebt hat und daß es ertrunken ist. Die Dauer des Lebens wird man nach dem Luftgehalt des Darmes schätzen können, allerdings ist dabei große Vorsicht geboten. Man wird annehmen können, daß das Kind etwa eine halbe Stunde gelebt hat und dann ertrunken ist. Dieser Befund ist in Einklang mit den Angaben der Angeklagten zu bringen. Sie behauptet von der Geburt überrascht worden zu sein, das Kind plötzlich in einen Eimer, in dem sich etwas Wasser befunden hat, hineingeboren zu haben; dann sei sie eine halbe Stunde auf dem Eimer sitzen geblieben. Es ist denkbar, daß durch die Nachgeburt das Kind, das zunächst oberhalb der Wasserfläche gelegen hat, in das Wasser hineingebracht worden ist und jetzt hier ertrunken ist. Jedenfalls kann bei diesen Angaben der Angeschuldigten gesagt werden, daß das Kind gerettet worden wäre, wenn die Frau es jetzt noch aus dem Eimer genommen hätte, als sie sich ins Bett begab.

Die Tötung des Neugeborenen durch Unterlassung des bei der Geburt nötigen Beistandes kann durch absichtliche Unterlassung der Unterbindung der Nabelschnur geschehen. Selbstverständlich liegt ein Verschulden der Mutter vor, wenn sie absichtlich zu ihrer Geburt einen Ort wählt, wo das aus den Geburtswegen fallende Kind zugrunde gehen muß, wie z. B. in mit Flüssigkeit gefülltem Eimer, oder in einen Abort. Gewiß, es kommt nicht selten in gerichtlichen Fällen vor, daß eine Gebärende absichtlich den Abort aufsucht.

Für die Beurteilung einer Sturzgeburt sind die Befunde an der Mutter zu beachten.

Stets sind zum Zustandekommen einer Sturzgeburt geringe Widerstände seitens der mütterlichen Geburtswege und des Kindes Voraussetzung. Sind die mütterlichen Weichteile nachgiebig, dann kann der ganze Geburtsakt in überaus kurzer Zeit, bei Mehrgebärenden in einigen Minuten ablaufen. Man darf die Möglichkeit einer

Sturzgeburt ſelbſt dann nicht ausſchließen, wenn das Becken nicht beſonders weit, das Kind gut entwickelt iſt und ſogar am Kopfe Spuren des erlittenen Druckes darbietet. Trotzdem kann die Mutter in Unkenntnis der letzten Wehen das Kind verlieren, und darauf allein kommt es an. Das kann bei rachitiſchen Becken mit relativ weitem Beckenausgang eintreten. Die Beckenmaße ſind, ſoweit ſie bei den einzelnen Autoren bei Sturzgeburten angegeben ſind, nicht größer, als dem Mittel entſpricht. Es kommt ihnen alſo keine weſentlicher Bedeutung zu.

Eine gewiſſe Bedeutung aber haben die Körpermaße eines Kindes, namentlich der Durchmeſſer des Kopfes und der Schultern. Daß Kleinheit der Frucht eine Sturzgefahr begünſtigt, bedarf wohl keiner beſonderen Erwähnung. Bei faſt allen Autoren finden wir mehr als die Hälfte der Kinder, nämlich 55,7% bis 77,1% ein unter dem Mittel liegendes Gewicht. Es ſei hier aber erwähnt, daß ſelbſt Sturzgeburten bei Kindern feſtgeſtellt wurden, die 7—9 Pfund wogen. Bonnemaiſon berichtet ſogar über einen Fall, wo das gleichzeitig mit der Nachgeburt geborene Kind 5 kg wog. Die bei dem Kinde feſtgeſtellten Maße gewinnen aber erſt eine wirkliche Bedeutung, wenn man ſie mit dem mütterlichen Becken vergleicht. Je größer die Beckenmaße und je kleiner der Durchmeſſer des Kopfes und der Schultern des Kindes, um ſo wahrſcheinlicher erſcheint die Möglichkeit einer Sturzgeburt.

Daß bei Zwillingsgeburten, bei denen doch meiſt kleinere Kinder geboren werden, ſo ſelten eine Sturzgeburt eintritt, erklärt v. Winckel einerſeits damit, daß die Geburt des erſten Zwillings meiſt zögernd verläuft, andererſeits, daß Zwillinge tragende Mütter infolge ſtärkerer Beſchwerden meiſt rechtzeitig Hilfe ſuchen. Unter ſeinen 216 Sturzgeburten befindet ſich kein Fall. Reinhard berichtet von einem Fall aus der Marburger Klinik; Straßmann von einer 22jährigen folgendes: Im Beginn des ſiebenten Schwangerſchaftsmonats traten Wehen auf, die von abwechſelnder Stärke waren. Sie ging von Hauſe weg zur Klinik. Unterwegs begann ſie zu bluten, und ſie rannte daher ſo ſchnell wie möglich zur Klinik. Wenige Schritte vor derſelben wurde ihr nachgerufen, daß ſie etwas verloren habe. Auf das Kreißzimmer gebracht, fand ſich die innere Seite der Oberſchenkel mit Meconium und Blut beſudelt. Aus der Schamſpalte hängt eine ca. ein Fuß lange, ſchräg durchriſſene Nabel-

ſchnur heraus, daneben eine zweite, noch leiſe pulſierende Nabelſchnurſchlinge. Der zweite Zwilling wurde extrahiert.

Als unmittelbare Folgen, die Sturzgeburten nach ſich ziehen können, werden zunächſt Weichteilverletzungen in Frage kommen. Das ſind in erſter Linie Dammverletzungen, dann Scheiden- und Cervixriſſe und ganz ſelten Verletzungen der Klitoris und der Labien. Ruppauer ſah bei einer Erſtgebärenden, die in hockender Stellung entbunden hatte, einen faſt queren Riß an beiden inneren Labien und zwar bei unverletzten Bändchen und Damm, von dem rechts an der Innenſeite der großen Labien ein Riß nach oben bis in den mons veneris zog, ſodaß hier ſogar das Unterhautfettgewebe bloßlag.

Dey fand einen Fall, bei dem die Gebärende aus einem Cervicalriß innerhalb weniger Minuten eine ſolche Menge Blut verlor, daß ſie einen erheblichen Grad von Anaemie aufwies.

Was die Häufigkeit der Scheiden- und Dammriſſe anbelangt, ſo ſind die Angaben der einzelnen Autoren verſchieden. Reinhard hatte unter 23 Sturzgeburten keine, Bidder u. Sutugin unter 20 und Goltz unter 37 je einen Dammriß. Hugenberger berechnet 6,9%, v. Winckel 27%, Koch 18,9%, Tſchernewsky 5,9%, v. Szabo 25,6% Moſer 18,2%, Bayer 27% und Bonnemaiſon 9%.

Bei einigen Autoren fällt die geringe Anzahl der Dammriſſe auf. Dieſe müſſen die kleinen außer acht gelaſſen haben. Bei normalen Geburten wird die Zahl der Dammriſſe zwiſchen 15 und 20% berechnet. Der Anteil den die Mehrgebärenden bei den Dammriſſen ſtellen, iſt bei Sturzgeburten bedeutend größer, wie bei den normalen Geburten. Schwarzſchild fand 45% Dammriſſe bei Pluriparis gegenüber dem ſonſtigen Mittel von 15%. Andere Autoren haben noch günſtigere Ergebniſſe für I.p. gefunden: Hellhake 63,3%, Winkler 54%, Héracourt 50%.

Schon hieraus geht hervor, daß die Urſache für Weichteilverletzungen bei Sturzgeburten nicht in der Rigidität derſelben zu ſuchen iſt. Das zeigt z. B. der von Knepper mitgeteilte Fall von einer 43jährigen Erſtgebärenden, die, in der Meinung, Stuhlgang zu haben, raſch das Nachtgeſchirr auf das Fußbänkchen ſtellte, um ſich darauf niederzulaſſen, als plötzlich ein Kind von ungefähr 3000 g von ihr in das Geſchirr hineinſchoß. Die Weichteile der Frau wieſen

keine Verletzungen auf mit Ausnahme eines kaum merkbaren Einriſſes am Frenulum.

v. Winckel erklärt die Entſtehung der Dammriſſe durch die ungünſtige Stellung. Denn im Stehen und Gehen preßt die vermehrte Beckenneigung den Kopf ſtärker gegen den Damm, und beim Sitzen hemmen die zuſammengedrängten Schenkel die gehörige Entfaltung der Weichteile. Daraus erklärt ſich auch die Tatſache, daß Winkler 54% und Héracourt ſogar 50% aller Weichteilverletzungen bei I.p. fand.

Ein weiteres ätiologiſches Moment für Dammriſſe bei Sturzgeburten ſieht man in der Größe des Kindes. Moſer beſchreibt einen Fall von einer 20jährigen I.p. Sie gebar auf dem Wege zur Anſtalt einen Knaben von 44 cm Länge und einem Gewicht von nur 1600 g, wobei ſogar ein Dammriß II. Grades entſtand.

Schwarzſchild, Winkler, Lipinski und Sporleder dagegen ſahen den größten Teil der Dammriſſe bei Kindern über 3000 g.

Das Verhalten der Weichteile hat alſo für die Beantwortung der Frage, ob eine Sturzgeburt vorliegt oder nicht, keine beſondere Bedeutung. Findet man aber einen Dammriß und ſchließt kein anderer Umſtand eine Sturzgeburt aus, ſo kann man in gerichtlichen Fällen auf die Möglichkeit des raſchen Durchtritts des Kindes durch die äußere Scham hindeuten.

Unter den weiteren Folgen nach Sturzgeburten für die Mütter ſind beſonders Blutungen zu nennen. Die Zerrung an der Nabelſchnur kann eine teilweiſe Löſung und damit eine atoniſche Blutung hervorrufen. In gerichtlichen Fällen erfährt man meiſt nichts Genaueres über die Stärke der Blutung. In manchen Fällen, wo nur die Ausſage der Mutter vorhanden iſt, findet man Angaben über ſtarke Nachgeburtsblutungen. Es fragt ſich, ob dieſe Ausſage nicht erfunden iſt, um eine Bewußtloſigkeit wahrſcheinlich zu machen. Von geburtshilflicher Seite dagegen hört man von einer größeren Stärke und Häufigkeit der Blutungen nach Sturzgeburten als ſonſt. Doch weder v. Winckel, Koch, Hellhake, Bayer noch Fritſch haben einen Verblutungstod feſtſtellen können; dagegen beobachtete Bonnemaiſon zwei.

Die Placenta geht nach Sturzgeburten oft durch den Zug an der Nabelſchnur ab; bisweilen fällt ſie nach einigen Schritten aus den Genitalien heraus, oder erſt nach einiger Zeit.

Wichtiger als die Befunde an der Mutter ſind zur Entſcheidung der Frage, ob eine Sturzgeburt vorliegt oder nicht, die Befunde am Kinde.

Bei Sturzgeburten im Anſchluß an einen ſchnellen Verlauf der ganzen Geburt wird man am Kind wohl kaum ein Kopfgeſchwulſt finden. Das Fehlen einer Kopfgeſchwulſt ſpricht zugunſten einer Sturzgeburt, doch muß ſie deshalb nicht ſtattgefunden haben. Ein Vorhandenſein dagegen beweiſt nur, daß das Kind in Kopflage geboren iſt, was mitunter von großer Bedeutung ſein kann. Da die Kopfgeſchwulſt im Verhältnis zur Geburtsdauer ſteht und nur bei längerem Druck zuſtande kommt, ſo kann man die ſo häufige Ausſage der Mutter, ſie habe von der herannahenden Geburt nichts bemerkt, oder ſie ſei von der Geburt überraſcht worden, zurückweiſen. Das Vorhandenſein einer Kopfgeſchwulſt ſpricht jedoch nicht gegen die Möglichkeit einer Sturzgeburt, denn es kann die Geburt im ganzen langſam verlaufen ſein und im letzten Augenblick das Kind doch aus den Geburtsteilen herausgefallen ſein.

Es wird gegen die Hausangeſtellte A. B. am 4. 5. Anzeige wegen Verdacht der Kindestötung erſtattet.

Sie gab bei ihrer Vernehmung an: Seit Januar habe ſie gemerkt, daß ſie ſchwanger ſei, habe aber niemanden etwas davon geſagt. Am 28. 4. ſei ſie morgens in der Küche beſchäftigt geweſen, als die Wehen eingetreten ſeien. Im Zimmer habe ſie die Hoſe ausgezogen, um ſich zu Bett zu legen. Sie habe ſich aber nicht hinlegen können, da die Wehen wieder einſetzten. Während ſie noch vor dem Bett ſtand, ſei das Kind aus ihrem Leibe auf die Erde gefallen, dabei ſei die Nabelſchnur geriſſen. Zwei Minuten ſpäter habe ſie das Kind aufgehoben, aber es ſei tot geweſen. Sie habe es dann gewaſchen und in ein Tuch gewickelt. Bei der richterlichen Vernehmung fügt ſie noch hinzu, daß ſie nach der Geburt ohnmächtig zu Boden gefallen ſei.

Die Kriminalpolizei fand die Kindesleiche in einem kleinen Schrank auf dem Zimmer der B. in eine Leinenſchürze und Papier eingewickelt.

Die Kindesleiche iſt 51 cm lang. Am Nabel findet ſich ein ſtark vertrockneter Nabelſchnureſt von 4,5 cm. Offenbar iſt die Nabelſchnur abgeriſſen, doch läßt der Vertrocknungszuſtand eine ſichere Entſcheidung dieſer Frage nicht zu. Querer Kopfdurchmeſſer 9 cm, gerader 19 cm. Kopfumfang 34 cm, Schulterbreite 11 cm, Hüftbreite 8 cm. Lungen, Magen und Duodenum ſchwimmen im Waſſer. An der Innenſeite der Kopfſchwarte befindet ſich im Bereich des Stirnbeins und beider Scheitelbeine eine deutliche Schwellung des Gewebes und eine Durchblutung. Der knöcherne Schädel iſt unverletzt. Das Gewebe der harten Hirnhaut im Bereich der ganzen Hirnſichel iſt von zahlreichen Blutaustritten durchſetzt.

Nach der Darſtellung der Angeklagten kann man annehmen, daß eine Sturzgeburt vorgelegen hat. Erfahrungsgemäß kommt es bei Sturzgeburten ſehr oft zu Zerreißung der Nabelſchnur. Wie die Leichenöffnung ergeben hat, iſt die Nabelſchnur wenigſtens mit größter Wahrſcheinlichkeit geriſſen. In der Kopfſchwarte des Neugeborenen waren Kennzeichen einer deutlichen Geburtsgeſchwulſt. Eine ſolche Geſchwulſt kommt zuſtande, wenn der kindliche Kopf längere Zeit an den Weichteilen und Knochen des Beckenausganges angepreßt war. Das ſpricht jedoch nicht gegen eine Sturzgeburt, da nur der letzte Akt der Geburt ſehr ſchnell erfolgt ſein kann, wobei das Kind zu Boden fiel.

Zuſammenfaſſend können wir ſagen, daß die Leichenöffnung keinerlei Befunde ergab, die der Ausſage der Angeklagten, ſie habe keine verbrecheriſchen Maßnahmen am Kinde vorgenommen, widerſprechen. Der Obduktionsbefund und die mikroſkopiſchen Unterſuchungen ſprechen für einen natürlichen Tod. Die Möglichkeit einer Sturzgeburt muß zugegeben werden.

Daß bei Sturzgeburten faſt ausſchließlich Schädellagen vorkommen iſt verſtändlich, denn bei Beckenendlagen würde der nachfolgende Kopf, wenn auch nur für einen Augenblick, leicht ſtecken bleiben. v. Winckel fand unter 216 Fällen von Sturzgeburt 3 Beckenendlagen, Hellhake unter 47 zwei, Moſer unter 22 und Héracourt unter 61 je eine Steißlage.

Haberda konnte in einem Fall von Geburt in Steißlage, wobei das Kind in eine Butte mit Schmutzwaſſer hineingeboren worden war, die Möglichkeit einer Sturzgeburt nicht ausſchließen, zumal Lungen und Magen luftleer gefunden wurden.

Bei dem Herausſchießen des Kindes aus den Geſchlechtsteilen der Mutter und deſſen Stürzen auf die Erde oder in einen Abort hinein kommen vor allen Dingen Verletzungen des Kopfes vor. Bei geringer Fallhöhe und weicher Unterlage wird man naturgemäß weniger Verletzungen erwarten können, als wenn das Kind von bedeutender Höhe auf einen harten Boden fällt. So ſind die Verletzungen des Kindes ſehr verſchieden, von leichten Hautabſchürfungen bis zu Schädelfrakturen. Häufig ſind die Kleider, ebenſo die Nabelſchnur, wenn dieſe auch reißt, oder die Schenkel der Gebärenden ein beſonders wichtiges Schutzmittel, indem durch ſie die Wucht des Falles weſentlich abgeſchwächt wird. Daß das Kind beim Herausſtürzen aus den mütterlichen Geburtswegen tödliche Verletzungen am Kopfe erleiden kann, unterliegt heute keinem Zweifel mehr. Sie treten aber in den meiſten Fällen nicht ein, weil der Schädel eines Neugeborenen ſchwere Inſulte vertragen kann. Die einſt von Klein vertretene Anſicht, daß ein Kindesſturz aus den Genitalteilen der Frau nie zu Schädelfrakturen Veranlaſſung gebe, hat bisweilen immer noch Anhänger. Doch ſind durch einwandfreie Fälle und durch entſprechende Verſuche von Casper, Hofmann und Leſſer an Leichen neugeborener Kinder ſolche Verletzungen erwieſen. In gerichtlichen Fällen handelt es ſich häufig darum feſtzuſtellen, ob eine Schädelfraktur Folge eines Kindesſturzes, oder einer gewalttätigen Verletzung iſt.

Bemerkenswert dafür iſt folgender Fall des Inſtituts:

Die des Kindesmordes angeklagte Mutter B. hat ſchon ein uneheliches Kind im Alter von 1½ Jahren. Als ſie gegen 2 Uhr von der Arbeit nach Hauſe kam, ſagte ſie ihrer Mutter, die von ihrer neuen Schwangerſchaft wußte, daß ihr Leib ſo weh tue und daß ſie ein wenig fortgehen wolle. Gegen 19 Uhr kam ſie zurück. In der mitgenommenen Taſche hatte ſie in ihrer Schürze, in ihrer Hemdhoſe eingewickelt, ein neugeborenes Kind. Die Hebamme wurde gerufen, dann kam die Nachgeburt.

Die Beſchuldigte ſelbſt gibt an: Nach ihrer Berechnung mußte ſie erſt ſpäter niederkommen. Am fraglichen Tage hatte ſie keine Wehen, wohl aber ein wenig Leibſchmerzen. Sie hatte keine Bedenken in die Stadt zu gehen. Dort, in der Nähe eines Kinos kam, während ſie ging, das Kind. Sie riß ſchnell ihre Hemdhoſe herunter und wickelte das Kind, das auf die Straße gefallen war, in dieſe ein.

Bei der Sektion wurden folgende Befunde erhoben: Die Leiche des 51 cm langen und 3100 g ſchweren Kindes iſt die eines reifen. Es ſind keine Verſchmutzungen durch Erde am Körper oder Kopf feſtzuſtellen. Der Schädel iſt ſtark deformiert. Das rechte Hinterhaupt, ſowie die linke Hirn- und Schläfengegend ſind ſtark abgeflacht. Über dem linken Hinterhaupt und der rechten Schläfengegend iſt ein ſtarker Bluterguß, ebenfalls über dem linken Scheitelbein und dem linken oberen Augenrand. Das rechte Scheitelbein iſt der ganzen Länge nach durch einen ſenkrecht auf die Mitte hin zulaufenden Sprung durchſetzt. Das linke Scheitelbein iſt von dem Punkte ſeiner höchſten Wölbung durch vier ſenkrecht zueinander ſtehende Sprünge, von denen der eine ſenkrecht zur Mittellinie ſteht, in vier annähernd gleich große Stücke zerbrochen. Hinten iſt dieſes Scheitelbein in geringer Ausdehnung geſplittert. Rechts am Halſe iſt eine bläulich-rote Verfärbung mit Bluterguß. Der Nabel iſt kunſtgerecht verſorgt. Sein freies Ende ſieht wie geſchnitten aus. In der Mitte des Rückens iſt eine etwa linſengroße blaurote Verfärbung mit deutlichem Bluterguß.

Das Kind iſt infolge Schädelbruches verſtorben. Dieſer Schädelbruch ſoll durch eine Sturzgeburt auf der Straße entſtanden ſein. Ob wirklich eine ſolche Sturzgeburt vorgelegen hat, iſt auf Grund der Obduktion nicht zu ſagen. Das Vorhandenſein einer Kopfgeſchwulſt ſpricht nicht gegen dieſe Annahme. Schädelbrüche kommen ſelten bei Fällen, wie er angeblich hier vorliegt, vor. Es handelt ſich dann um kurze Sprünge in einem oder beiden Scheitelbeinen, ſeltener auch einmal um zwei Sprünge in einem dieſer Knochen. Hier aber lag eine viel ſchwerere Verletzung vor. Der Schädel war ſtark deformiert. Daß eine ſo ſchwere Verletzung durch einen Fall aus den Geſchlechtsteilen auf die Erde, ſelbſt bei Steinpflaſter, entſtehen ſoll, wird man nicht annehmen können. Die Beſchuldigte ſagt, daß es ſich um eine Sturzgeburt auf einer belebten Straße vor einem Kino am ſpäten Nachmittag gehandelt hat. Sie will hier das Kind nicht nur geboren, ſondern will ſich auch die Hemdhoſe ausgezogen haben und das Neugeborene in dieſe eingewickelt haben. Ob eine Hemdhoſe unter den gegebenen Umſtänden ſo ſchnell auszuziehen iſt, ohne daß Paſſanten auf dieſen Vorgang, ganz abgeſehen von der Geburt, aufmerkſam geworden ſind, erſcheint recht zweifelhaft. Im übrigen war das Ausziehen nicht

notwendig, weil zur Unterbringung des Kindes eine Tasche und in dieser eine Schürze vorhanden war. Im allgemeinen pflegt ein solches Kleidungsstück um die Beine nicht so weit zu sein, daß nicht nur der Oberschenkel darin Platz hat, sondern auch noch ein ausgetragenes Kind beim Stehen mit gespreitzten Beinen hindurchstürzen kann. Auf das Stürzen kommt es hier an, weil ein allmähliches Herausgleiten und Fallen auf die Erde Schädelbrüche nicht verursachen kann.

Bemerkenswert sind die Würgespuren als Hals des Kindes, ferner Zeichen, wie wir sie bei gewaltsamer Erstickung sehen. Die Frau kann, als der Kopf des Kindes geboren war, das Neugeborene am Halse gefaßt und herausgezogen haben, um die Geburt schneller zu beenden. Ist dieses geschehen, dann liegt eine Sturzgeburt nicht vor.

Der Geburtsvorgang muß sich anders abgespielt haben, als die Beschuldigte behauptet. Die Entstehung der tödlichen Verletzungen muß anders erklärt werden.

Die Untersuchung ob eine Schädelfraktur infolge einer Sturzgeburt, oder durch eine gewalttätige Verletzung entstanden ist, kann große Schwierigkeiten bereiten. Man wird namentlich deren Sitz, Ausdehnung und Form berücksichtigen, ferner die Haltung der Gebärenden, dann den Umstand des Falles und den Ort.

Die durch den Sturz des Kindes aus der Höhe der mütterlichen Genitalien entstehenden Frakturen, betreffen vorzugsweise die Scheitelbeine und zwar ebenso häufig nur eins wie auch beide. Keineswegs beweisen nach S t u m p f Knochensprünge, die sich über eine Naht erstrecken, eine absichtlich herbeigeführte Gewalteinwirkung. Die Fraktur bei Sturzgeburten beginnt meistens im Verlauf einer Naht und zieht auf die Sutur ungefähr senkrecht stehend nach der Mitte des Knochens zu. Meist ist der Knochen nicht in zwei Stücke völlig zerbrochen, sondern es besteht nur eine Fissur. Findet sich eine Fissur in einem Scheitelbein, in dem der Spalt parallel mit oder zwischen den Ossifikationsstrahlen verläuft und vor dem Tuber parietale endet, so ist nach F r i t s c h mit Sicherheit auf eine Sturzgeburt zu schließen. Manchmal findet man auch eine winklige Fissur, im andern Fall eine zackige Fraktur. Ausnahmsweise sieht man eine Verletzung an einem Stirn- oder Hinterhauptbein.

Leffer berichtet von einer Sturzgeburt aus ein Meter Höhe. Im Augenblick, wo die Schwangere vom Bette abſpringen wollte, ſei das Kind herausgefallen und habe auf dem Boden zwiſchen den Beinen der Mutter gelegen. Die Nabelſchnur ſei dabei zerriſſen. Etwa eine Stunde nach der Geburt ſei die Hebamme erſchienen, die das Kind noch ſchwach atmend auf der Diele vorfand. Kurze Zeit darauf ſei das Kind verſchieden. Die Sektion ergab, daß das Kind geatmet und tödliche Kopf- und Rumpfverletzungen erlitten habe.

Schädelfrakturen, beſonders aber tödliche Verletzungen durch Sturzgeburten aus Genitalhöhe, ſind wirklich eine Seltenheit. Im allgemeinen wird man annehmen können, daß mehrfache Verletzungen der Kopfhaut, mehrfache Schädelbrüche oder Fiſſuren mehr für einen gewaltſamen Eingriff ſeitens der Mutter ſprechen.

Geſchah der Sturz aus bedeutender Höhe auf harten Boden, oder in den Abort hinein, oder beſteht die Möglichkeit, daß der Kopf mehrfach aufſchlug, ſo wird man ſelbſt ausgedehnte Frakturen auf die Sturzgeburt beziehen dürfen. Selbſt bei hochgradigen Verletzungen müſſen Neugeborene nicht ſofort ſterben, ſie können vielmehr einige Zeit leben. Deshalb darf der Luftgehalt der Lungen nicht etwa als Beweis angeführt werden, daß die tödliche Kopfverletzung nicht ſofort bei der Sturzgeburt, ſondern erſt ſpäter entſtanden iſt.

Der häufigſte Tod bei Sturzgeburten in den Abort iſt der des Ertrinkens. Fällt ein Kind direkt in ein mit Waſſer gefülltes Gefäß oder eine Kloake, ſo findet man gewöhnlich keine Spur einer Verletzung. Oft ſind dann in der Luftröhre, ſowie in der Speiſeröhre, Magen oder oberen Teil des Dünndarms die aus dem umgebenden Medium, Fäkalien oder Spülflüſſigkeit, aſpirierten Maſſen. Bei feſter Beſchaffenheit des Grubeninhalts kann das Kind überhaupt längere Zeit auf demſelben liegen bleiben und der Körper erſt langſam unterſinken.

Das zeigt folgender Fall.

Die Ch. P. gibt an, daß ſie im ſiebten oder achten Monat ſchwanger geweſen ſei. Eines Abends hätten die Wehen begonnen, die am folgenden Morgen ſchlimmer wurden. Später ſei ſie auf den Abort gegangen und habe verſpürt, daß die Frucht abgegangen und nach unten in die Grube gefallen ſei. Ob es gelebt habe, könne ſie nicht ſagen. Irgendwelche Laute habe ſie nicht gehört. Dann habe

ſie ſich halb ohnmächtig in die Wohnung geſchleppt und zu Bett gelegt. Infolge des elenden Geſundheitszuſtandes habe ſie keinen vernünftigen Gedanken faſſen können. Infolgedeſſen ſei ihr auch nicht der Gedanke gekommen, daß das Kind gelebt haben könne und in dem Abort zugrunde gehen könne. Die Nachgeburt ſei nach einigen Stunden abgegangen.

Der Bruder ſagt aus: Infolge des Regens war in die Abortgrube Waſſer hineingelaufen. Deshalb habe ich Stroh auf die Jauche gelegt, um zu verhindern, daß das Waſſer bei der Benutzung des Aborts ſpritze.

Ein Oberlandjäger hat die Kindesleiche aus dem Abort geholt. Es ſei möglich, ſagt er, daß dabei trotz aller Vorſicht die verwendete Miſtgabel Verletzungen am Körper veranlaßte. In der Mitte der Grube habe ſich eine feſte Maſſe befunden.

Die Leichenöffnung hat ergeben, daß es ſich um ein lebensfähiges Kind handelt. Lungen, Magen und der ganze Dünndarm waren vollſtändig mit Luft gefüllt. Die vorgefundenen Verletzungen im Geſicht ſind dem ganzen Befunde nach erſt nach dem Tode erfolgt und mit größter Wahrſcheinlichkeit mittels einer Miſtgabel entſtanden. Die mikroſkopiſche Unterſuchung der Lungen hat ergeben, daß eine Flüſſigkeit darin war, wie ſie ſich in ländlichen Aborten vorzufinden pflegt.

Dieſe Feſtſtellungen laſſen ſich mit den Angaben der Frau, daß ſie das Kind plötzlich in den Abort hineingeboren habe, in Einklang bringen. Der Hergang iſt durchaus möglich, da der an der Kindesleiche noch vorhandene Nabelſchnurreſt deutlich ausgefranſt, die Nabelſchnur alſo geriſſen war. Unterſtellt man, daß das Neugeborene zunächſt auf die feſte Maſſe in der Abortgrube auffiel und erſt allmählich in die umgebende Jauche hineingeriet, ſo erklärt ſich hieraus die nach allen anatomiſchen Befunden ſichergeſtellte längere Lebensdauer und Erſtickung.

Was die Haltung der Gebärenden bei Sturzgeburten anbelangt, ſo ſtimmen faſt alle Autoren darin überein, daß Sturzgeburten am häufigſten im Gehen und Stehen vorkommen. Den zweitgrößten Prozentſatz ergeben die Geburten in ſitzender Stellung. Bei v. Winckel und Mofer ſtellen ſie das größte Kontingent und ebenſo in der gerichtlichen Medizin, dort deshalb, weil die Schwangeren in Verkennung der ganzen Geburtsumſtände, oder in ver-

brecherifcher Abficht häufig einen Abort aufſuchen. Schwarzfchild fand im Stehen und Gehen 32, im Sitzen 11, im Hocken und Knien 3 Sturzgeburten. Schwarzfchild berichtet über ein beweifendes Beifpiel einer Sturzgeburt im Stehen, da ſie im Kreißzimmer beobachtet wurde. Die Schwangere habe ſeit zwei Stunden ſchwache Wehen verſpürt und während ſie im Saal umherging, ſei das Kind, 51 cm lang, 3800 g Gewicht, plötzlich zu Boden gefallen.

Es wird über Fälle berichtet, in denen die Sturzgeburt in der Eifenbahn, auf dem Abort, in Droſchken, beim Ausſteigen aus dem Wagen oder dem Bett, auf einer Treppe uſw. erfolgte. Kurzum, ſie iſt überall an jedem Ort möglich. Schwarzfchild hat eine Zuſammenſtellung ſeiner Sturzgeburten angegeben. Auf der Straße 16mal, im Hausflur 4mal, im Wagen 12mal, beim Ausſteigen aus dem Wagen 1mal, in der eigenen Wohnung 5mal, auf der Treppe 6mal. Auf dem Abort außerhalb der Anſtalt 4mal, innerhalb 4mal. Auf dem Nachttopf 1mal. Im Schwangerenſaal 3mal, im Vorbereitungsraum 2mal, im Kreißſaal 6mal. Unmittelbar vor oder nach dem Betreten des Kreißſaales 13mal.

Wir hatten folgenden Fall von Sturzgeburt auf der Straße zu unterſuchen:

Die Beſchuldigte F. B., 2. Gebärende ſagt folgendes: Morgens um 6 Uhr habe ſie Leibſchmerzen verſpürt. Sie wollte in die Hebammenlehranſtalt. Schon in ihrem Hauſe habe ſie ſich die Beinkleider ausgezogen. Auf der Straße habe ſie ungefähr um 7 Uhr das Kind plötzlich verloren. Es war noch dunkel. Sie habe das Kind aufgehoben und in die Beinkleider gewickelt. Dann wollte ſie zur Klinik. Da es ſehr kalt war und ſie viel Blut verloren habe, ſei ſie in ein Haus gegangen, um ſich auf die Stufen zu ſetzen. Später habe ſie ſich in den Keller begeben und ſich dort an die Wand gelehnt. Dann nahm ſie das Kind unter ihren Mantel und ging vor das Haus. Da ihr ſchwarz vor den Augen wurde, ging ſie wieder in den Keller. Sie will nichts mit dem Kinde gemacht haben. Ob ſie es nochmals verloren hat, weiß ſie nicht.

Als eine Zeugin zufällig in den Keller kommt, wehrt ſich die Beſchuldigte heftig und verſucht auszureißen. Sie will ihren Namen nicht nennen und leugnet ein Paket zu haben. Das Neugeborene wurde im Keller in einem Paket gefunden. Es war in Beinkleider eingewickelt, die am Hals ziemlich feſt verknotet waren. Auf dem

Paket lagen 3—4 ca. handgroße Steine. Das Neugeborene wurde, da Todgeburt feſtgeſtellt wurde, in die Anatomie eingeliefert. Dort wurde aber noch Leben bemerkt und das Kind zur Frauenklinik überwieſen. Es hat dort noch einige Male gewimmert und iſt dann verſtorben.

Die gerichtlich ausgeführte Obduktion ergab eine vollkommene Zertrümmerung des linken Scheitelbeines. Im rechten Scheitelbein befand ſich ein feiner Sprung, ebenfalls an der Schädelbaſis in beiden vorderen Schädelhöhlen. Die Kopfdecken waren blutig durchtränkt. Die linke Lunge ſchwamm vollkommen. Im Magen und Darm befand ſich Luft. Die Möglichkeit einer Sturzgeburt kann nicht widerlegt werden. Der Tod iſt erfolgt durch zahlreiche Schädelbrüche, die durch ſtumpfe Gewalt hervorgerufen ſind. Gewaltſames Aufſchlagen iſt geeignet ſie ebenſo zu erzeugen wie Schlag mit dem Knüppel. Die Annahme, daß dieſe Verletzungen infolge einer Sturzgeburt hervorgerufen ſind, lehnen wir ab.

Im allgemeinen iſt der Verlauf der Sturzgeburten bei Schwangeren, die heimlich gebären wollen ſo, daß ſie im letzten Augenblick dennoch Hilfe ſuchen, einerſeits aus Angſt, andererſeits aus Schmerzen durch die Geburt. So kommt eben die Niederkunft überall vor.

Eine beſondere Bedeutung in der Gerichtsmedizin zur Entſcheidung der Frage ob eine Sturzgeburt vorliegt oder nicht, kommt der Prüfung der lokalen Verhältniſſe zu. Die Erhebung kommt namentlich bei angeblichen Abortgeburten oder in fahrenden Eiſenbahnzügen uſw. in Frage. Sturzgeburten in fahrenden Zügen ſind ſehr ſelten, haben aber um ſo größeres Intereſſe vom gerichtlich-mediziniſchen Geſichtspunkt aus betrachtet.

Bemerkenswert iſt ein eigenartiger von Lehn mitgeteilter Fall. Es handelt ſich um eine 26jährige II.-Gebärende, die nach kurzer Wehendauer während der Eiſenbahnfahrt zur Klinik plötzlich ſtarken Stuhldrang verſpürte. Die Geburt trat auf dem Klofett des fahrenden Eiſenbahnzuges von der Frau unbemerkt ein. Patientin traf eine halbe Stunde ſpäter mit ungelöſter Placenta in der Klinik ein. Das Kind wurde 4½ Stunden ſpäter eingeliefert. Es war auf der Bahnſtrecke gefunden worden. Es befand ſich in lebensfriſchem Zuſtand, blutete nicht und zeigte nur geringe Hautabſchürfungen. Länge 47 cm, Gewicht 2860 g.

Für die Feſtſtellung, ob eine Sturzgeburt in die Abortgrube erfolgte, iſt die Beſchaffenheit der ganzen Anlage von Wichtigkeit. Weiterhin iſt die Weite und Höhe des Trichters und die Sitzöffnung von Bedeutung. Iſt die Konſtruktion des Abortes derartig, daß kein enger Trichter das Durchfallen des Kindes hindert, nachdem einmal die Sitzöffnung paſſiert iſt, ſo ſind die Verhältniſſe für ein Abſtürzen des Kindes in die Grube äußerſt günſtig. Ergibt ſich aber aus der Abortkonſtruktion, daß ein einfaches Durchfallen des Kindes ſchlecht möglich iſt und zeigen ſich am Kindeskörper etwa Kratzer, Druckſpuren, horizontale Schädelbrüche, oder eine Klavikularfraktur, ſo iſt das Neugeborene mit Gewalt hineingepreßt worden. Zur Entſcheidung ob im ſpeziellen Fall die Sturzgeburt mit Hindurchfallen des Kindes möglich war, bleibt immer der Vergleich der Abortmaße mit der Kopfgröße des Kindes und deſſen Schulterbreite.

Andererſeits kommt es vor, daß eine Sturzgeburt auf dem Abort behauptet wird und die Beſichtigung zeigt, daß die Ausſage unrichtig iſt. Wenn ſich dort keine Blutſpuren zeigen, und es unmöglich iſt, daß ſie weggeputzt ſind, und aus den Verunreinigungen mit Blut und Meconium ſich ergibt, daß die Geburt an anderer Stelle vor ſich ging, ſo kann man die Angabe vieler Angeklagten als Lüge zurückweiſen. Beſonders der Nachweis von Meconium im Bett oder auf anderen Gegenſtänden beweiſt, daß die Geburt dort ſtattgefunden haben muß und nicht an anderer Stelle.

Unter den Befunden am Kinde iſt weiterhin auf das Verhalten der Nabelſchnur zu achten.

Stürzt das Kind aus den Genitalien der Mutter heraus, ſo kann ſie entweder zerreißen, oder bleibt ganz, indem ſie die Placenta von der Wand des Uterus ablöſt. Daß die Placenta bei Sturzgeburten zugleich mit dem Kinde herausgeriſſen wurde, iſt wiederholt beſchrieben worden und ſpricht in hohem Maße für eine Sturzgeburt, ohne ſie aber zu beweiſen. Schließlich kann die Nabelſchnur noch intakt bleiben, ohne daß die Nachgeburt ſofort nachfolgt, was immerhin bei Sturzgeburten im Sitzen und Knien eintreten kann.

Was zunächſt die Häufigkeit der Nabelſchnurzerreißungen anbelangt, ſo fanden Klein 47,2%, Hellhake und Winkler 27,9% unter ihren Sturzgeburten.

Späht und Schatz haben gefunden, daß die Nabelschnur bei allmählicher Belastung im Mittel ein höheres Gewicht zu ertragen vermag als das eines Neugeborenen.

Beim Herausstürzen des Kindes wird es wohl kaum zu einer allmählichen Dehnung der Nabelschnur kommen, falls nicht besondere Umstände den Kindessturz hemmen, sondern zu einem plötzlichen Ruck, der teils durch die Schwerkraft des Kindes und der Fallgeschwindigkeit, teils durch die Kraft, mit der das Kind ausgetrieben wird, bedingt ist. Daß ein Zerreißen leichter bei ungewöhnlich dünner oder krankhaft veränderter Nabelschnur eintritt, ist verständlich.

Aus den Versuchen von Pfannkuch und Hofmann geht hervor, daß nicht einmal das Gewicht eines reifen Kindes zur Zerreißung der Nabelschnur notwendig ist. Sie haben gezeigt, daß bei einer Fallhöhe gleich der Länge der Nabelschnur schon 500—750 g und bei einer Fallhöhe von der halben Höhe der Nabelschnur 710 bis 1000 g genügten, um die Nabelschnur zu zerreißen. Daher folgert Pfannkuch, daß in allen Fällen von Geburten, bei denen das volle Gewicht des herausstürzenden Kindes auf die Nabelschnur wirken könne, nicht nur die größte Wahrscheinlichkeit, sondern die fast unbedingte Gewißheit des Zerreißens der Nabelschnur gegeben sei.

Wenn die Mutter über einer niedrigen Abortschale oder in einen Eimer hineingebiert, wird die Nabelschnur möglicherweise gar nicht gespannt. Straßmann führt einen Fall von einer 19jährigen an, die, während sie auf dem Eimer saß, plötzlich das Kind verlor. Die 30 cm lange Nabelschnur war fetzig durchtrennt und die Lungen größtenteils luftleer.

Umgekehrt beobachteten v. Winckel 2mal, Reinhard 1mal, daß das Kind frei an der Nabelschnur hing.

Wir hatten folgenden Fall. Die M. S. hat in der Nacht gegen 3 Uhr ein Kind geboren. Sie verspürte Stuhldrang, ging aufs Klosett und gebar hier plötzlich ein Kind. Von dem Geburtsbeginn hatte sie vorher nichts gemerkt. Das Kind fiel in den Trichter. Die Frau blieb auf dem Sitzbrett sitzen, bis die Nachgeburt ausgestoßen war.

Das Gewicht des 51 cm großen Kindes beträgt 3540 g. Der Mutterkuchen mit einer 68 cm langen Nabelschnur ist intakt. Das

freie Ende des Stranges ist unregelmäßig gerissen. Am kindlichen Körper befindet sich ein 12 cm langer Nabelschnurrest, dessen freies Ende ebenfalls unregelmäßig gerissen ist. Lungen und Magen schwimmen im Wasser.

Die Zerreißung der Nabelschnur hängt in erster Linie von der Stellung der Kreißenden ab. v. Winckel fand unter 42 Zerreißungen bei Sturzgeburten 32 stehend und 10 sitzend. Bei Hellhake erfolgte die Zerreißung 14mal im Stehen und 2mal im Sitzen. Daraus ergibt sich, daß die Nabelschnur am häufigsten im Stehen zerreißt.

Die Versuche von Pfannkuchen und Hofmann lehren, daß das Gewicht des Kindes untergeordnete Bedeutung, während die Länge der Nabelschnunr Einfluß auf die Häufigkeit der Zerreißung hat.

Über eine außergewönliche Länge der Nabelschnur berichtet Mofer von einer 23jährigen I.p. Sie gebar auf dem Wege zur Klinik im Stehen, so daß das Kind auf die Straße stürzte. Die 79 cm lange Nabelschnur riß nicht entzwei.

Selbst bei Sturzgeburten im Stehen reißt nicht immer der Nabelstrang. Entweder können die Kleider die Wucht des Falles abschwächen, oder es kann die Ursache in der größeren Widerstandfähigkeit der betreffenden Nabelschnur liegen. Dicke der Schnur, Varicositäten und Aneurysmen werden als zur Zerreißung disponierende Momente angegeben.

Der Sitz der Ruptur ist auch von Wichtigkeit. Nach Ansicht von v. Winckel befindet sich die auffallende Prädilektionsstelle für Zerreißungen innerhalb des kindlichen Drittels, auch und vielleicht vorwiegend deshalb, weil das diejenige Stelle der Schnur ist, die weder von Weichteilen, wie Vagina und Uterus umfaßt ist, noch von solchen, wie am Abdomen bis zu den Genitalien des Kindes hin, anliegt. Derselben Auffassung sind Pfannkuch, Straßmann und Unger. Nach Fritsch liegt der Riß bei Sturzgeburten meist in der dem Kinde benachbarten Hälfte.

Im letzten von uns berichteten Fall hatten wir eine 80 cm lange Nabelschnur. Die Rißstelle lag 12 cm vom kindlichen Körper entfernt; also ebenfalls im foetalen Drittel.

Schwarzschild hat eine Tabelle zusammengestellt, die die Ergebnisse mehrerer Autoren bewertet. Danach ergibt sich, daß die

Rißſtellen in 73,8% im foetalen Drittel der Nabelſchnur liegen.

Daß zur Zerreißung der Nabelſchnur keine beſondere Kraft nötig iſt, erkennt man daran, daß heimlich gebärende Frauen dieſelbe bisweilen mit den Händen zerreißen.

Die Entſcheidung, ob die Nabelſchnur durch Sturz zerriſſen oder nachträglich durchſchnitten wurde, läßt ſich aus der Beſchaffenheit der peripheren Enden leicht erkennen. Eine mit einem ſcharfen Inſtrument durchtrennte Nabelſchnur wird ſtets eine glatte, gerade, wenn auch nicht immer quere Schnittfläche aufweiſen, in der ſämtliche Teile der Nabelſchnur faſt in einer Ebene liegen, beſonders dann, wenn der Strang in einem Zuge durchſchnitten wurde. Bei der Zerreißung durch Sturzgeburt dagegen ſind die Enden franſig, uneben und meiſt in einen Lappen oder mehrere ſpitze Zipfel auslaufend. Bisweilen iſt der Unterſchied nicht ſehr deutlich, weil einerſeits ein ſtumpfes Meſſer oder eine ſchlechte Schere viele und unregelmäßige Zacken in der Schnittfläche hervorbringt und andererſeits beim Reißen der Nabelſchnur die Trennungsfläche bisweilen glatt und eben ſein kann. Huber hat auf die Möglichkeit hingewieſen, daß die Nabelſchnur zuerſt angeſchnitten und dann durchriſſen wird.

Im allgemeinen und zuſammenfaſſend kann man ſagen, daß eine zerſchnittene Nabelſchnur nicht für Kindesſturz ſpricht, während umgekehrt der zerriſſene Strang die Annahme der Sturzgeburt möglich erſcheinen läßt, ohne ſie zu beweiſen.

Eine Entſcheidung darüber, ob eine Nabelſchnur durch Sturz oder abſichtlich zerriſſen iſt, iſt nicht möglich. Bei abſichtlicher Zerreißung liegt nach Unger die Rißſtelle mehr gegen die Mitte des Nabelſtranges zu, nach Haberda irgendwo im Verlauf des Stranges, zuweilen auch nahe dem Kinde, keineswegs mehr nach der Mitte zu.

Sehr ſelten ſind mehrfache Riſſe der Nabelſchnur. Koch ſah in einem Falle von Sturzgeburt, daß die 50 cm lange Nabelſchnur 25 cm vom Nabel entfernt durchriſſen war und am foetalen Teil noch drei Verletzungen aufwies, von denen zwei nur die Amnionſcheide betrafen, während die dritte etwa die halbe Dicke der Schnur einnahm und eine Arterie und die Vene durchtrennte. Auch v. Winckel beobachtete mehrfache Zerreißungen, ebenſo Schwarzſchild. Leſſer beſchreibt einen Fall von Sturzgeburt im Stehen, wobei der an dem Kindeskörper haftende Teil

der Nabelſchnur zwei Zerreißungen darbot. In etwa 6 cm Entfernung oberhalb des 14 cm langen Nabelſchnurreſtes fand ſich ein zweiter, aber unvollſtändiger etwas ſuffundierter Riß mit weiter Eröffnung der Vene. Etwa 12 cm oberhalb des placentaren Reſtes faß ebenfalls ein partieller Riß.

Man könnte annehmen, daß bei einer Nabelſchnurzerreißung, falls ſie nicht ſofort unterbunden wird, das Kind leicht verblutet. Die Gefahr der Verblutung iſt aber äußerſt ſelten, wenn die Nabelſchnur bei Sturzgeburten zerreißt oder nachträglich durchtrennt, wenn ſie auch faſt niemals unterbunden wird. Eine Verblutung kann um ſo leichter eintreten, je näher die Nabelſchnur am Nabelring abgetrennt wird. W i n c k e l führt drei Fälle von Verblutung nach Sturzgeburten aus dem zerriſſenen Strang an und zeigt hierbei, daß die Blutung um ſo ſtärker war, je näher die Rißſtelle am Nabel lag. Daß die Gefahr der Verblutung aus der zerriſſenen Nabelſchnur eine ſo geringe iſt, hat ſeine Urſache darin, daß der Blutdruck in der Bauchaorta mit dem Einſchalten des Lungenkreislaufes bei dem erſten Atemzuge wenigſtens vorübergehend ſinkt; zum andern, daß ſich die Nabelarterien lebhaft kontrahieren, wobei ebenfalls der ſpiralige Verlauf der Nabelſchnur günſtig auf den Stillſtand der Blutung wirkt.

Zur Begutachtung der Frage, ob eine Sturzgeburt anzunehmen iſt oder nicht, kann das Verhalten der Lungenprobe und der Magen- und Darmprobe von Wichtigkeit ſein. Handelt es ſich um einen Kindesſturz in einen Abort oder in einen mit Flüſſigkeit gefüllten Eimer hinein, ſo kann das Fehlen der Luftatmung die Möglichkeit der Sturzgeburt unterſtützen. Die poſitiven Befunde ſind mit Vorſicht zu bewerten, da oft ſchon ein Atemzug des Kindes genügt, um die Lungen teilweiſe mit Luft zu füllen. Bei einer Sturzgeburt, wobei der Tod des Kindes durch Verletzungen beim Auffallen auf harten Boden entſtanden iſt, ſpricht die luftleere Beſchaffenheit der Lungen und des Magendarmtraktus zugunſten derſelben. Umgekehrt kann aus dem Nachweis der ſtattgefundenen Atmung nicht einfach eine Sturzgeburt abgelehnt werden, da Neugeborene ſelbſt nach ſchwerſten Verletzungen lange leben können und mithin geatmet haben.

Zuſammenfaſſung.

Auf Grund der Fälle des Inſtituts, die dieſer Arbeit zugrunde liegen und der Angaben, die wir in der Literatur vorfanden, können wir zuſammenfaſſend ſagen, daß die Entſcheidung der Frage, ob eine Sturzgeburt vorliegt, oft recht ſchwierig iſt, zumal die des Kindesmordes Angeklagten oder Verdächtigen nicht ſelten eine Sturzgeburt vorzutäuſchen ſuchen. Stehen die Unterſuchungen an der Mutter und ihre Ausſagen, die beſonderen Umſtände des Falles und die Unterſuchung oder Obduktion des Kindes mit dem wirklichen Sachverhalt, den tatſächlichen Ermittlungen und den örtlichen Unterſuchungen im Einklang, ſo kann eine Sturzgeburt zugegeben werden. Häufig muß ſich der Gerichtsarzt beſchränkend äußern, daß der Befund an der Kindesleiche keinen Gegenbeweis gegen die Ausſagen der Mutter, daß die Geburt des Kindes in der von ihr angegebenen Weiſe erfolgt iſt, geliefert hat. Eine Sturzgeburt im Sinne der gerichtlichen Medizin kann nur als möglich zugegeben bzw. als unmöglich ausgeſchloſſen, aber niemals exakt bewieſen werden.

Zum Schluſſe meiner Arbeit iſt es mir eine angenehme Pflicht, Herrn Prof. Dr. Pietrusky herzlich für die Überlaſſung des Themas, ſowie Herrn Reg.-Med.-Rat a. D. Dr. Eſſer für die vielfache Unterſtützung und ſeinen Rat bei Aufaſſung der Arbeit zu danken.

Literatur.

1. Böhmer: Zeitſchrift f. d. gerichtl. Medizin. 1928 Bd 12 S. 5.
2. Casper: Handbuch d. gerichtl. Medizin. Bd II, Berlin 1871.
3. Corin: Zeitſchrift f. Medizinalbeamte. 1893, S. 249.
4. Dey: Die präcipitierten Geburten der Marburger Entbindungsanſtalt. Marburg 1903.
5. Dörfler: Friedreichs Blätter f. gerichtl. Medizin. 1893. S. 269.
6. Emmert: Lehrbuch der gerichtl. Medizin. Leipzig 1900.
7. Fog: Zeitſchrit f. gerichtl. Medizin. 1924. Bd. 4. S. 276.
8. Franke: Über Sturzgeburt und ihre forenſe Bedeutung. Berlin 1909.
9. Freyer: Vierteljahrsſchrift f. gerichtl. Medizin. 1886. Bd. 44. S. 284.
10. Fritſch: Gerichtsärztliche Geburtshilfe. Stuttgart 1901.
11. Gottſchalk: Gerichtliche Medizin. Leipzig 1909.
12. Gude-Stolper: Gerichtliche Medizin. Leipzig 1900.

13. Haberda: In Beiträgen zur gerichtl. Medizin. Zur Lehre vom Kindesmord, Bd. I, Leipzig, 1911.
14. Haberda: In Schmidtmann: Handbuch der ger zin. Bd. I. Berlin 1905.
15. Haberda: Die foetalen Kreislaufwege des Neug b Wien 1896.
16. Hofmann-Haberda: Lehrbuch der gerichtl. Medizin. Berlin 1927.
17. Kaufmann: Die klinische Bedeutung der Sturzgeburt. Freiburg 1907.
18. Klusmann: Ein Fall von Sturzgeburt im Akte vermeinter Stuhlentleerung. Göttingen 1909.
19. Knepper: Vierteljahrsschrift f. gericht. Medizin. 1899. Bd. 18. S. 279.
20. Kob: Vierteljahrsschrift f. gerichtl. Medizin. 1902 Bd. 24. S. 67.
21. Kornfeld: Friedreichs Blätter f. gerichtl. Medizin. 1888. S. 64.
22. Kratter: Lehrbuch der gerichtl. Medizin. Bd. I. Stuttgart 1912.
23. Lehn: Münchener med. Wochenschrift 1916. S. 1458.
24. Leffer: Vierteljahrsschrift f. gerichtl. Medizin 1917. Bd. 54. S. 44 und 51.
25. Lipinski: Zur Klinik und Prognose der Sturzgeburten. Breslau 1912.
26. Mofer: Die Sturzgeburten in der Münchener Frauenklinik in den Jahren 1892 und 1893 und das Verhalten ihres Wochenbettes. München. 1895.
27. Placzek: Vierteljahrsschrift f. gerichtl. Medizin. 1903. Bd. 26. S. 42.
28. Puppe: Atlas und Grundriß der gerichtl. Medizin. Bd. II. München. 1908.
29. v. Scanzoni: Münchner Medizinische Wochenschrift. 1902. S. 1102.
30. Schwarzschild: Über praecipitierte Geburten und ihre Folgen. München 1903.
31. Schwarzschild: Zentralblatt f. Gynäkologie 1904. S. 369.
32. Skrzeczka: in Maschka: Handbuch der gerichtl. Medizin Bd. I. Tübingen 1881.
33. Sporleder: Über Sturzgeburten. Breslau 1916.
34. Straßmann: Vierteljahrsschrift f. gerichtl. Medizin. 1911. Bd. 42. S. 219.
35. Straßmann: Lehrbuch d. gerichtl. Medizin. Stuttgart 1931.
36. Straßmann: Deutsche med. Wochenschrift. 1890, Nr. 44.
37. Straßmann: Zeitschrift für Medizinalbeamte. 1911. S. 757.
38. Teufel: Vierteljahrsschrift f. gerichtl. Medizin. 1896. Bd. 11. S. 146.

39. Unger: in Schmidtmann's Handbuch der gerichtlichen Medizin. Band II. Berlin 1907.
40. v. Winckel: Lehrbuch der Geburtshilfe.
41. v. Winckel: Über die Bedeutung präcipitierter Geburten für die Ätiologie des Puerperalfiebers. München. 1884.
42. v. Winckel: Handbuch der Geburtshilfe.
43. Winkler: Über präcipitierte Geburten und ihre Folgen. Breslau. 1904.
44. Witthauer: Vierteljahrsschrift f. gerichtl. Medizin. 1901. Bd. 22. S. 392.

Lebenslauf.

Am 12. März 1911 wurde ich als Sohn des Kaufmanns Edmund Lehnhardt und seiner Ehefrau Maria geb. Ohly zu Essen-Kray geboren. Mit sechs Jahren trat ich in die Schule ein. Dann besuchte ich das Reform-Realgymnasium zu Duisburg-Hamborn, wo ich im Jahre 1931 die Reifeprüfung bestand. Ich studierte an den Universitäten in Marburg, Köln und Heidelberg. Dort bestand ich 1933 das Physikum. Meine klinischen Semester verbrachte ich in München und Bonn.